

## REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA BENEFICIOS DE ATENCIÓN A LARGO PLAZO ELIGIBILITY REVIEW FOR LONG TERM CARE BENEFITS

NOMBRE DEL CLIENTE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
DIRECCIÓN DEL CLIENTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL DEL CLIENTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>NOTA: No completar ni devolver este formulario afectará su elegibilidad para los beneficios.</b>			
<b>REPRESENTANTE AUTORIZADO</b>			
Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Usted puede nombrar a alguien pero no es un requerimiento. ¿Tiene un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	CIUDAD	ESTAD O	CÓDIGO POSTAL
<b>RECURSOS DEL CLIENTE (Adjunte comprobante)</b>			
	MONTO/ VALOR	¿DÓNDE?	
Cuenta de una casa de salud/institución	\$		
Dinero disponible (efectivo)	\$		
Cuentas corrientes	\$		
Cuentas de ahorro	\$		
Otras cuentas bancarias	\$		
Seguros de vida/funerarios	\$		
Fondos funerarios	\$		
Pensiones	\$		
Casa u otra propiedad	\$		
Otras acciones, bonos, fideicomisos, vehículos, fondos mutuos, certificados de depósitos: (Detalle a continuación)			
	\$		
	\$		
¿Ha vendido, comerciado o donado su dinero, casa, propiedad u otros recursos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:			
TIPO	A QUIÉN	MONTO	FECHA DE TRANSFERENCIA
		\$	
		\$	



<b>INGRESO DEL CLIENTE (Adjunte comprobante)</b>		MONTO
Beneficios del Seguro social		\$
Retiro/Pensión/A anualidad		\$
Otros, tales como beneficios para veteranos, L&I, pensión alimenticia, dividendos, ganancias, ingresos por rentas o ingresos trimestrales. (Lista a continuación)		
		\$
		\$
		\$
<b>GASTOS MÉDICOS DEL CLIENTE (Adjunte comprobante)</b>		MONTO
Primas del Seguro de salud (Indique el proveedor)		\$
Facturas médicas sin pagar (Indique)		\$
		\$
<b>INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE/FAMILIA (Adjunte comprobante)</b>		MONTO
Beneficios del Seguro social		\$
Retiro/Pensión/A anualidad		\$
Otros, tales como beneficios para veteranos, ganancias, intereses, dividendos, L&I, ingresos por rentas o ingresos trimestrales. (Indique a continuación)		
		\$
		\$
		\$
<b>GASTOS DE REFUGIO DEL CÓNYUGE/FAMILIA (Adjunte comprobante)</b>		MONTO
Alquiler/Hipoteca		\$
Impuesto a las propiedades/Seguro del hogar		\$
Gastos de servicios públicos		\$
Otros (evaluaciones, tarifas de la cooperativa o condominio, alquiler de espacio, etc.)		\$
<b>DECLARACIÓN Y FIRMA(S)</b>		
<p>He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente, DSHS 14-113(X). He leído o me han explicado, y comprendo la información en ambas caras de este formulario de Revisión de mi Elegibilidad. DSHS me puede ayudar a obtener cualquier comprobante que necesite o a contactar a otras personas, agencias o instituciones financieras para esto. Si tengo interés en una anualidad, debo nombrar al Estado de Washington como beneficiario remanente. Declaro que, a mi leal saber y entender, y bajo pena de perjurio, la información que he dado en esta revisión es veraz, correcta y completa.</p>		
FIRMA DEL CLIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA
FIRMA DEL AYUDANTE	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA
FIRMA DEL REPRESENTANTE/AYUDANTE AUTORIZADO	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA